STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 20353
22 april
2016

Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam

Nr. 14/360

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 31 juli 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven binnengekomen en ter verdere afdoening naar dit college verwezen klacht van:

A, wonende te B,
klager,
gemachtigde: C,

tegen

D, psychiater, thans werkzaam te B,
verweerster,
gemachtigde mr. E.J.C. de Jong, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:
– het klaagschrift;
– het verweerschrift met de bijlagen;
– de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
– het proces-verbaal van het op 26 januari 2015 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek;
– de brief van de gemachtigden van klager, binnengekomen op 25 november 2014.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 9 juni 2015 behandeld. Partijen waren aanwezig vergezeld door hun gemachtigden voornoemd.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klager, geboren juli 1953, heeft sinds circa twintig jaar last van ernstige recidiverende depressies, waarbij sprake is van een zware familiaire belasting voor suïcide. Zowel de vader als de broer van klager zijn door suïcide om het leven gekomen. De zus van klager is gedwongen opgenomen geweest met de maatregel van inbewaringstelling (IBS) in verband met depressieve klachten. Klager werkte als huisschilder totdat hij afgekeurd werd vanwege depressieve klachten. Pas in 2010 heeft klager voor het eerst psychiatrische hulp ontvangen. Hij is toen, vanwege ernstig suïcidaal gedrag, korte tijd opgenomen geweest krachtens een IBS. Destijds werd zijn ziektebeeld geduid als een depressie zonder psychotische kenmerken.

2.2 Op 24 februari 2014 is klager door zijn huisarts doorwezen naar een psychiater. In de periode van 28 februari 2014 tot en met 27 maart 2014 stond klager onder psychiatrische behandeling bij achtereenvolgens een vrijgevestigd psychiater, bij E en bij F. Tussendoor is klager korte tijd krachtens een IBS-maatregel opgenomen geweest nadat hij op 13 maart 2014 in het bezit van een spanband was aangetroffen op de begraafplaats waar zijn broer en vader begraven liggen en nadat hij zijn echtgenote had gebeld om afscheid van haar te nemen. Na enkele dagen is de IBS opgeheven en kon klager worden ontslagen nadat een medicamenteuze behandeling bij hem succesvol was verlopen. Op 26 maart 2014 moest klager opnieuw worden opgenomen na een suïcidaal incident. Klager had die dag een poging tot ophanging met een spanband gedaan, waarbij hij mogelijk anoxische cerebrale schade heeft opgelopen.

2.3 Klager is toen eerst opgenomen geweest op de afdeling PAAZ van het G. Vanaf 16 mei 2014 tot en met 2 juli 2014 is klager opgenomen geweest in de H van I, locatie J. Vanwege zijn leeftijd (60 jaar) werd hij op de seniorenafdeling geplaatst. De diagnose die bij klager werd gesteld, luidde: ernstige depressie met psychotische kenmerken, met name nihilistische wanen. Bij opname werd ter beperking van het suïciderisico onder meer besloten de kastdeur van klager op slot te houden, zodat hij niet vrijelijk kon beschikken over zijn scheermessen en zijn broekriem. Klager werd medicamenteus behandeld en werd daarnaast gestimuleerd om deel te nemen aan activiteiten.

2.4 Van 16 mei tot aan 1 juni 2014 was K (hierna: ‘K) de behandelend psychiater van klager, vanaf

1 juni 2014 werd die functie vervuld door verweerster. De instelling waar klager verbleef beschikte over een dakterras. Klager kwam hier regelmatig om te roken. Op het dakterras bevond zich een hek/afrastering dat het terras van de instelling in tweeën deelt (afdelingen ouderenpsychiatrie en psychogeriatrie). Blijkens het door verweerster overgelegde 'Rapport Prisma analyse A, geb. xx-07-1953' bestaat het hek uit een tussenhek en een buitenhek. Het tussenhek is 2,5 meter hoog en het buitenhek is, met inbegrip van een 'muurtje', bijna 4 meter hoog. Het buitenhek bestaat vanaf circa 1,50 meter uit gaaswerk. Vanaf de bovenrand van het buitenhek is het nog 2,5 meter tot aan de dakrand.

2.5 Bij de opname van klager op de seniorenafdeling van I heeft de echtgenote van klager haar zorgen geuit over dit hek jegens de behandelend verpleegkundigen, waaronder verpleegkundige II, L, die daarover op 16 mei 2014 in het medisch dossier optekende:
'(...) Echtgenote spreekt zorgen uit, vindt dhr erg onrustig. Dhr liep tijdens bezoek ook steeds weg. Ook spreek echtgenote zorgen uit over het dakterras. Echtgenote verteld dat dhr beneden meerdere malen in het hekwerk heeft geklommen. Nu heeft echtgenote waargenomen dat het hekwerk op deze afdeling nog makkelijker te beklimmen is. Echtgenote vraagt hiervoor extra attentie van verpleging.'

2.6 Op 19 mei 2014 is klager op het hek/de afrastering van het dakterras geklommen. Klager is hier vanaf gehaald en vervolgens is door het behandelteam besloten het dakterras gedurende een week te sluiten voor alle patiënten. K legde over het incident op 19 mei 2014 het volgende vast in het medisch dossier:
'voortgangseval
Ivm klimmen in afrastering buren en op stoel staan voor afrastering gevel pat gesproken. Hij lijkt zich te verbazen over de zorgen die wij hebben mbt dit gedrag en mogelijke suicidaliteit. Hij zegt dit niet van plan te zijn geweest. Hij wilde ook niet ontsnappen. Hij wilde alleen maar over de muur kunnen kijken. Mbt het klimmen in de afrastering bij de buren heeft hij geen verklaring.
Ik verteld hem dat hij voorlopig derhalve hij alleen als er verpleging is naar buiten op het balkon mag. (...)'

2.7 Verweerster had vanaf 1 juni 2014 in het kader van de behandeling regelmatig contact met klager. Klager was erg somber en het was voor verweerster moeilijk om contact met hem te krijgen. Kort na de aanvang van haar behandeling noteerde verweerster op 2 juni 2014 over klager het volgende in het medisch dossier:
'Dossieronderzoek
V*G: 23 jaar geleden depressie, niet behandeld. In maart doorgestuurd door vrijgevestigd ouderenpsychiater naar crisisdienst, daarna opgenomen ivm suicidaal gedrag (op begraafplaats rondlopen met spanband). Korte opname H, snel herstel op olanzapine 5 mg. In april opnieuw opname Unit A en later PAAZ G vanwege ernstige TS door verhanging, 2 dagen na staken olanzapine, gevonden door zwager en kort na reanimatie weer bij kennis. Sindsdien ernstige depressie met psychotische kenmerken, niet reagerend op fevarin. MRI toonde geen afwijkingen van betekenis. Recent ingesteld op imipramine maar wsch medicatie-ontrouw. Krijgt nu gemalen.*
RM tot half juli.
Som: TIA in VG.
Sinds 16-5 in H gesloten. Laat nu een zeer wisselend beeld zien, met forse cognitieve problemen.
DD
Ernstige depressie met psychotische kenmerken bij ernstige familiaire belasting
Bipolaire stoornis (maakte eerder manisch beeld door?
Cognitieve problemen bij dd depressie danwel postanoxische encephalopathie.
Suiciderisico wordt hoog ingeschat
B/ Vrijhedenbeleid evalueren
Opvragen spiegel (morgen bekend)
Familiegesprek do. 12 u'

2.8 De echtgenote van klager kwam dagelijks bij hem op bezoek. Klager leefde steeds sterk toe naar haar komst en naar de weekendverloven, die hij thuis bij zijn echtgenote doorbracht. Klager was moeilijk te motiveren tot activiteiten, bracht een groot deel van de dag alleen op zijn kamer door en was vriendelijk doch oppervlakkig in het contact met zijn behandelaars en zijn medepatiënten. Bij klager leek tevens sprake te zijn van cognitieve problemen, waaronder geheugenproblemen. Een terugkerend punt van aandacht was het onderzoek naar zijn medicatiespiegel (Imipramine-spiegel) om te kunnen vaststellen of bij klager sprake was van medicatieontrouw. De uitslag van dit onderzoek liet lang op zich wachten, ondanks dat verweerster diverse activiteiten ontplooide om die informatie te achterhalen. De uitslag werd op 30 juni 2014 bekend. De weekendverloven verliepen zo nu en dan problematisch, bijvoorbeeld omdat klager niet terug wilde keren naar de afdeling.

2.9 Op 23 juni 2014 legde verweerster over klager het volgende vast in het dossier:
'Gesprek samen met verpleegkundige L
A/ Patient zegt zich nog steeds somber/leeg te voelen. Hij ziet er geen heil in om naar de

therapieen te gaan: hij voelt zich er niet van opknappen. Ook als ik zeg dat het heilzaam voor hem is, ook al voelt hij dat niet zo, is hij niet overtuigd. Het is anders dan de krachttraining thuis, dus dan kan het niks voor hem zijn. Hij voelt zich alleen goed als hij thuis is. Het eten smaakt hem niet echt. Het eten smaakt hem thuis beter.
Zegt geen doodswens/suicideplannen meer te hebben. Op de hoogte gebracht van NPO.
O/ Maakt een extreem lege indruk. De antwoorden komen geautomatiseerd over.
Denken: traag, coherent, gedachtenarmoede, gepreoccupeerd met thuis. Stemming: leeg affect: zeer vlak.
C/ Ernstige depressie DD Ernstige cognitieve schade
Gebeld naar M, omdat enzymbepaling nog steeds niet binnen is. Medewerkster N belooft het voor me uit te zoeken.
B/ NPO 11/7'

2.10 Uit het dossier kan worden opgemaakt dat in de periode 24-30 juni 2014 een aantal malen is overwogen de weekendverloven van klager in te trekken, maar dat verweerster heeft besloten dit niet te doen vanwege haar verwachting dat door de inperking van het verlof de wanhoop en daarmee het risico op suïcide bij klager zou toenemen. In deze periode, met name na 27 juni 2014, zijn de klachten van somberheid, emotionaliteit, onrust, de doodsgedachten en het gevoel van leegheid bij klager toegenomen en hebben diverse ernstige incidenten plaatsgevonden. Op maandag 30 juni 2014 heeft de echtgenote van klager aan verweerster verteld dat klager de twee weekenden daarvoor thuis ernstig suïcidaal gedrag had vertoond. Het eerste weekend had klager gepoogd op zolder een strop te maken, het tweede weekend had hij op vrijdag een doodswens geuit en was hij met een mes het huis uitgelopen. Op 30 juni had klager met een scherf van een fotolijst in zijn pols gekrast. Diezelfde dag was bij verweerster bekend geworden dat klager 'smokkelde' met zijn medicatie: zeer waarschijnlijk ontdeed hij zich van zijn medicatie. Op 30 juni 2014 heeft de moeder van klager telefonisch contact opgenomen met verweerster, waarin zij haar zorgen heeft geuit over de toestand van haar zoon en heeft gezegd 'ook haar andere zoon en haar echtgenoot al aan suïcide te hebben verloren'.

2.11 Verweerster heeft het suïciderisico bij klager op 30 juni 2014, blijkens het medisch dossier, als zeer hoog ingeschat en heeft de situatie, gezien de oplopende suïcidaliteit, als zodanig riskant beoordeeld dat zij elektroshocktherapie (ECT) heeft voorgesteld. In samenspraak met klager en zijn echtgenote werd besloten tot aanmelding voor een spoedbehandeling ECT. Deze behandeling zou circa vijf dagen later starten. Klager zou hiertoe overgeplaatst moeten worden naar een andere afdeling. Ter overbrugging van deze periode stelde verweerster een risicoafweging/veiligheidsplan op. Dit plan bestond uit: het vrijmaken van de slaapkamer van klager van scherpe en breekbare voorwerpen, het ieder uur contact maken met klager, het ieder uur controleren van klager gedurende de nacht, het intrekken van de weekendverloven en voortzetting van het beleid de kastdeur van klager op slot te houden.

2.12 Op 1 juli 2014 werd bekend dat klager op 2 juli 2014 zou worden overgeplaatst en dat de ECT-behandeling zou aanvangen op 4 juli 2014. Op 2 juli 2014 heeft klager een suïcidepoging gedaan door te springen vanaf het dak van de tweede verdieping van de instelling waar hij verbleef. Klager heeft het dak vermoedelijk kunnen bereiken door via het tussenhek op het buitenhek te klimmen dat het dakterras van de instelling in tweeën deelt. Via het buitenhek kon hij het dak bereiken. Bij zijn sprong heeft klager ernstig meervoudig letsel opgelopen, waaronder een dwarslaesie, multipele fracturen aan de benen, een bekkenfractuur en een dubbelzijdige pneumothorax. Klager is na de suïcidepoging opgenomen geweest op de afdeling Intensive Care van het O, waar hij langdurig is beademend en meerdere operatieve ingrepen heeft moeten ondergaan.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster in gebreke is gebleven ten aanzien van het houden van toezicht op klager en dat zij de waarschuwingen van de familie niet serieus heeft genomen.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Uit het medisch dossier blijkt dat klager een patiënt is met een zeer ernstig psychiatrisch ziektebeeld, waarbij een zware erfelijke component aanwezig is. Toen verweerster op 1 juni 2014 de behandeling van klager op zich nam, rustte op haar de professionele verplichting zich een adequaat beeld te vormen van de problematiek van haar patiënt, het ingezette behandelbeleid te toetsen en haar eigen behandelbeleid vast te stellen.

5.2 Ter zitting heeft verweerster toegelicht dat zij eind mei 2014, in de week voordat zij begon als psychiater bij de H van I, gedurende een dag is ‘meegelopen’ met haar voorganger psychiater K. Gezamenlijk hebben zij toen alle patiënten besproken die per 1 juni 2014 onder behandeling van verweerster zouden komen. Verweerster heeft daarop afgesproken klager direct – zonder tussenkomst van een arts-assistent – te begeleiden, gezien de ernst van zijn situatie. Voorts heeft verweerster ter zitting toegelicht dat zij in het kader van de overdacht van klager de externe brieven (zoals opnamebrieven en juridische documentatie) die zich bevonden in het medisch dossier had gelezen, alsmede de aantekeningen (dagelijkse rapportages) van K over klager over de periode 16 mei tot1 juni 2014. Verweerster heeft daarbij verduidelijkt dat zij niet de aantekeningen van de overige behandelaars van klager, zoals de verpleegkundigen en verzorgenden, over voormelde periode heeft gelezen, maar uitsluitend die van de psychiater. Het digitale medisch dossier is bij de instelling waar verweerster werkzaam is zo ingericht dat men alleen de tekst te zien krijgt van de persoon wiens naam men aanklikt. De tekst ontvouwt zich dus (pas) na het aanklikken van de naam van de behandelaar.

5.3 In haar verweerschrift heeft verweerster uiteengezet dat zij klager en zijn echtgenote vanaf 1 juni 2014 regelmatig heeft gezien en gesproken en dat zij daarnaast dagelijks overleg heeft gehad met de behandelend verpleegkundigen. De betrokkenheid van verweerster ten aanzien van vele aspecten van de situatie van klager (zoals: diens deelname aan activiteiten, de inname en het effect van de medicatie, het verloop van de weekendverloven, zijn omgang met medepatiënten en behandelaars, de voortgang en het behandelresultaat van de psychiatrische behandeling) blijkt ook uit de aantekeningen van verweerster over klager in het medisch dossier.

5.4 Het college stelt vast dat het niet ongebruikelijk is dat een psychiater die op een nieuwe werkplek begint zich bij de overdracht van de patiënten die zij onder behandeling krijgt in eerste instantie beperkt tot de bestudering van externe correspondentie en de aantekeningen van de psychiater in het medisch dossier, zoals verweerster heeft gedaan. Gaandeweg de behandeling kan nadere verdieping in het dossier noodzakelijk blijken te zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Het college is van oordeel dat de toenemende suïcidaliteit van klager en de toenemende crisis-situatie die bestond vanaf circa 25 juni 2014, maar in ieder geval vanaf 27 juni 2014, verweerster ertoe hadden moeten aanzetten ‘dieper in het dossier te duiken’.

5.5 Klager heeft aangevoerd dat verweerster in gebreke is gebleven ten aanzien van het houden van toezicht op hem en dat zij de waarschuwingen van zijn familie niet serieus heeft genomen. De tuchtrechtelijke beoordeling van het handelen van verweerster richt zich, in het licht van deze klacht, met name op haar risicoafweging en haar evaluatie van het vrijhedenbeleid van klager op 30 juni 2014. Uit het medisch dossier blijkt niet op grond van welke afwegingen verweerster op 30 juni 2014 tot het gevoerde veiligheidsbeleid is gekomen en met welke medebehandelaars zij dit besproken heeft. Uitsluitend staat in het dossier vermeld dat verweerster heeft besloten tot het vrijmaken van de slaapkamer van klager van scherpe en breekbare voorwerpen, het ieder uur contact maken met klager en het intrekken van de weekendverloven en dat verweerster dit veiligheidsbeleid heeft besproken met de echtgenote van klager. Dat is naar het oordeel van het college niet toereikend.

5.6 Naar het oordeel van het college had het op de weg van verweerster gelegen om de mogelijke voorzorgsmaatregelen ter beperking van het (oplopende) suïcide-risico bij klager beredeneerd tegen elkaar af te wegen en hiervan in het medisch dossier verslag te doen. Het betreft (in ieder geval) de vrijheidsbeperkende maatregelen van separatie, hand-in-hand-begeleiding en het invoeren van 1 uurscontrole tezamen met het strippen van de kamer van klager van riskante voorwerpen. Uitsluitend deze laatste optie wordt in het dossier vermeld. In het verweerschrift en ter zitting lichtte verweerster toe dat zij de andere maatregelen wel met verpleegkundigen heeft besproken, maar dit blijkt niet uit het medisch dossier. Aldus kan het college niet vaststellen of die bewering al dan niet klopt. Verweerster heeft ter zitting aangevoerd dat zij separatie wel heeft overwogen, maar dat zij daar grote moeite mee had omdat klager al zo ernstig leed en separatie zijn wanhoop nog zou doen toenemen. Bovendien zou de separatie conform de huidige medische inzichten slechts van korte duur zijn en zou dit de beoordeling van de toestand van klager daarna bemoeilijken. Verweerster achtte hand-in-hand-begeleiding van klager geen juiste optie omdat hij hier agressief van zou worden, heeft zij ter zitting toegelicht. De medisch-professionele standaard brengt mee dat verweerster de verschillende risico-beperkende maatregelen in het dossier had moeten beschrijven en een beredeneerde keuze hiertussen had moeten maken die resulteert in het gevoerde beleid. De naleving van deze verplichting is ook van belang voor de medebehandelaars van klager.

5.7 Ter zitting heeft verweerster te kennen gegeven dat zij bij de uitvoering van de risicoafweging en de vaststelling van het vrijhedenbeleid van klager op 30 juni 2014 geen moment aan het dakterras heeft gedacht als risicofactor. Het ‘hek-incident’ staat wel vermeld in de rapportage van K bij 19 mei 2014 in het medisch dossier. Het college gaat ervan uit dat verweerster dit wel heeft gelezen in het kader van de overdracht van de behandeling van klager. Ter zitting heeft verweerster verklaard dat zij bij de overdracht wel had gehoord dat klager ‘op 19 mei 2014 in het hek had gehangen’. Indien verweerster in de periode 27-30 juni 2014 het medisch dossier over de twee weken voordat zij de behandelaar van klager werd (de periode 16 mei-1 juni 2014) nader had

bestudeerd, met name de rapportages van de verpleegkundigen, had zij kennis genomen van feiten en omstandigheden die voor de risicobeoordeling relevant en vereist waren. Deze moeten door iedere psychiater worden meegewogen. Beleid is nooit een vast gegeven maar fluctueert in gelijke tred met nieuwe informatie. Het betreft onder meer informatie over de eerdere hek-incidenten, de zorgen van de echtgenote van klager op dit punt en de professionele achtergrond van klager, die als huisschilder gewend was aan klimmen en werken op hoogte. Op basis van deze informatie had verweerster haar risicobeoordeling op 30 juni 2014 naar het oordeel van het college vermoedelijk anders gemaakt en moeten maken.

5.8 Het college is van oordeel dat verweerster bij het opstellen van de risicobeoordeling onvoldoende op zoek is gegaan naar de benodigde informatie, hetgeen tot haar verantwoordelijkheid behoort. Dat betreft niet alleen de wijze van de bestudering van het medisch dossier, maar ook het niet vragen van input van medebehandelaars bij de risicobeoordeling, althans het feit dat hier niet van blijkt uit het medisch dossier. De onderbouwing van de keuze van verweerster voor de onderhavige vorm van toezicht en de afweging van die keuze ten opzichte van de mogelijkheden is, in het licht van de eerdere suïcidepogingen die klager kort daarvoor had gedaan en de gebleken onbetrouwbaarheid van zijn uitlatingen, onvoldoende.

5.9 Ten overvloede merkt het college nog op dat de inrichting van het dakterras, waaronder de constructie en hoogte van het tussen- en buitenhek, niet tot de verantwoordelijkheden van verweerster moeten worden gerekend. Wat wel onder de verantwoordelijkheid van de psychiater valt is het zorgvuldig uitvoeren van een risicoafweging en het instellen of aanpassen van een vrijhedenbeleid op basis van de beschikbare (medische) gegevens die voor dat doel vereist zijn, rekening houdend met de feitelijke situatie in de instelling waar klager verblijft.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klager had behoren te betrachten. Het college stelt vast dat bij verweerster geen sprake is van recidive en dat zij zich toetsbaar heeft opgesteld en met zelfreflectie naar haar handelen jegens klager heeft gekeken. Aldus kan worden volstaan met de oplegging van na te melden maatregel.
Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerster.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 9 juni 2015 door:
mr. A.A.A.M. Schreuder, voorzitter,
R. Vogelenzang, J. Edwards van Muijen en M.Ch. Doorakkers, leden-arts,
mr.dr. E. Pans, lid-jurist,
mr. A. Vogelzang, als secretaris,
en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 21 juli 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

A.A.A.M. Schreuder,
voorzitter

A. Vogelzang,
secretaris